

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

220
No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Milu BLUMEN

Né le 19 novembre 1907, à Piatra (Roumanie)

HIPPOCRATISME DES DOIGTS

DANS LES

AFFECTIONS INTESTINALES

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Milu BLUMEN

Né le 19 novembre 1907, à Piatra (Roumanie)

HIPPOCRATISME DES DOIGTS

DANS LES

AFFECTIONS INTESTINALES

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.).. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELÈVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphilis-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Chevalier de la Légion d'honneur

*Avec mes remerciements pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL BRULÉ

Chevalier de la Légion d'honneur

Notre expression de la profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HILLEMAND

Médecin des Hôpitaux

Témoignage de gratitude et d'affection sincère.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

- M. LE PROFESSEUR BEZANÇON, Hôpital Saint-Antoine.
M. LE PROFESSEUR DELBET, Hôpital Cochin, 1928.
M. LE DOCTEUR GERNEZ
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOULONGUET, Hôpital
Tenon, 1929-1930.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRULÉ, Hôpital Tenon,
1930-1931.
M. LE DOCTEUR BENSAUDE, Hôpital Saint-Antoine,
1931-1932.
M. LE DOCTEUR M.-P. WEILL, Hôpital Saint-Antoine,
1932-1933.
M. LE DOCTEUR LEMELAND, Hôpital Tenon, 1932-
1933.
M. LE DOCTEUR LE MÉE, Hôpital des Enfants-Malades,
1933-1934.

HIPPOCRATISME DES DOIGTS

DANS LES

AFFECTIONS INTESTINALES

HISTORIQUE

Depuis la description d'Hippocrate aucune étude n'est connue avant le commencement du XIX^e siècle.

Pigeaux, en 1822, s'en occupe surtout au point de vue diagnostique et pathogénique.

Trousseau, en 1834, en fait, par son autorité, un signe important tant pour le diagnostic que pour le pronostic dans la tuberculose pulmonaire.

Alquée, Vernois, en 1839, étudient l'hippocratisme digital chez les tuberculeux.

D'autres travaux font suite et nous arrivons ainsi à la thèse d'Esbach en 1876.

Jusqu'à cette époque, le doigt hippocratique signifie tuberculose pulmonaire.

L'ayant remarqué dans d'autres affections pulmonaires, et avec le mémoire de P. Marie, en 1890, sur l'ostéopathie hypertrophiante pneumique, la question prend une impulsion nouvelle.

Les observations se multiplient et on trouve la déformation hippocratique dans différentes affections pleurales, pulmonaires ou cardiaques.

Alors une nouvelle tendance clinique et étiologique hippocratisme digital est due à une affection cardio-pulmonaire. Mais en 1895, Gilbert, Fournier montrent des cas où la présence de la déformation hippocratique existe en dehors des lésions cardio-pulmonaires, et c'est le foie qui est lésé.

Quelques années après, Gilbert et Lereboullet apportent des observations d'hippocratisme digital dans la cirrhose biliaire.

En 1901, Chatin et Cade nous révèlent la déformation dans la néphrite.

Dans la même année, Bécère montre radiologiquement que les doigts hippocratiques sont exempts de lésions osseuses.

Venue à temps, la radiologie permet à Bezançon et à de Jong, en 1904, de distinguer ces 2 déformations si différentes : l'ostéopathie hypertrophiante de Marie et l'hippocratisme digital.

Depuis, les observations sont moins nombreuses, chacune apporte un autre facteur étiologique : blessure de nerf, varice des membres, anévrisme artériel et même des cas de déformation hippocratique sans cause (Weber, 1918).

* * *

Plusieurs observations d'hippocratisme digital dans quelques affections intestinales ont été publiées en 1932. Suivant les conseils de nos maîtres les D^{rs} Brulé et Hillemand, nous allons les réunir dans notre thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après Bories (thèse Bordeaux, 1931),
inspiré de Roncato, 1927.

Malgré la discussion de la Société médicale des hôpitaux, de décembre 1904, où M. Bezançon a montré que l'hippocratisme digital et l'ostéopathie hypertrophiante pneumique sont 2 choses différentes, nous avons lu des auteurs ultérieurs pour qui les 2 déformations ne font qu'une sous 2 noms différents.

Et enfin, pour d'autres, l'hippocratisme est le premier stade évolutif de l'ostéopathie hypertrophiante.

C'est pour cela que nous décrirons l'anatomie pathologique avant de définir le doigt hippocratique.

MACROSCOPIQUEMENT.

La déformation hippocratique siège au niveau de la dernière phalange.

A ce niveau l'extrémité du doigt est élargie dans tous les sens, arrondie, contrastant avec le reste du doigt.

L'ongle est épaissi, recourbé, à convexité externe.

Une coupe sagittale du doigt nous montre que l'os est intact.

L'aspect extérieur résulte donc de l'hypertrophie des parties molles et de la peau.

Cette hypertrophie siège entre l'os phalangette et l'ongle, vers le milieu de sa longueur. Ceci permet de concevoir le mécanisme unique de bascule de l'ongle refoulé au niveau de sa racine par une poussée centrifuge.

HISTO-PATHOLOGIE.

Cette hypertrophie est expliquée de différentes façons suivant les auteurs. C'est de l'œdème pour certains,

Campbell nie toute altération tissulaire et l'explique par l'écartement des fibres conjonctives.

Mais les plus nombreux admettent des altérations vasculaires ou des proliférations cellulaires.

Enfin Roncato utilise de nouveaux moyens d'étude :

la capillaroscopie ;

l'hématimétrie.

La capillaroscopie lui montre : l'augmentation du tractus capillaire veineux dans toutes ses dimensions ; l'allongement des anses et leur multiplication en nombre ; l'épaississement des parois. Les capillaires artériels ne sont pas touchés.

L'hématimétrie lui révèle une hyperglobulie locale,

Quoi qu'il en soit, nous retenons un fait très important : l'absence complète de lésions osseuses.

DÉFINITION.

Ceci étant dit, nous pouvons définir le doigt hippocratique de la façon suivante :

C'est une déformation atteignant tous les doigts, pouvant atteindre même les orteils, déformation en général acquise, ayant des caractères particuliers, à savoir :

l'extrémité charnue de la dernière phalange est tuméfiée, indolore, non violacée, arrondie en baguette de tambour ;

l'ongle est épaissi, étendu dans tous les sens, recourbé en verre de montre.

Et nous revenons encore, il n'y a aucune lésion osseuse ni articulaire.

Ce sont tous les caractères contraires de l'ostéopathie hypertrophiante pneumique.

En effet il est possible que la déformation de l'ostéopathie prenne le même aspect que le doigt hippocratique.

Mais alors le doigt est douloureux, violacé, le poignet est atteint et radiologiquement il y a des lésions osseuses.

Nous ne pouvons non plus dire que le doigt hippocratique est le premier stade de l'ostéopathie hypertrophiante.

Dans les observations recueillies par nous, comme dans d'autres, cette façon d'interpréter le doigt hippocratique n'a jamais été prouvée radiologiquement.

CLINIQUE

Hippocratisme digital et polypose intestinale.

Par MM. R. BENSAUDE, Ph. HILLEMAND et P. AUGIER.
(*S. M. H.*, janvier 1932).

OBSERVATION I.

Four..., 20 ans, commence à souffrir de diarrhée à l'âge de 7 ans. Cette diarrhée survient par périodes de 2 ou 3 semaines, séparées par des rémissions. A l'âge de 17 ans, le nombre des selles augmente, 7 à 8 fois par 24 heures. Elles sont fécales glairo-sanguinolentes, puis glaireuses et s'accompagnent de fausses envies et d'incontinences.

Après un séjour dans le service du Dr Hallé, il entre sur ses conseils à l'hôpital Saint-Antoine. Une rectoscopie, pratiquée par M. Bensaude, montre l'existence d'une polypose. On le traite par la radiothérapie en application abdominale et il quitte le service très amélioré fonctionnellement. Mais 18 mois plus tard, les selles redeviennent diarrhéiques et leur nombre augmente rapidement. L'état général s'altère, de l'anorexie apparaît.

Aucun antécédent n'est à signaler. Il faut mentionner que sa mère est morte à l'âge de 39 ans d'une affection intestinale dont il ne peut définir la nature.

De nouveaux examens endoscopiques et radiologiques confirment le diagnostic de polypose et précisent l'extension de ce processus.

Le toucher rectal permettait déjà de sentir 2 ou 3 polypes plus volumineux, après avoir pénétré dans un anus béant par suite du relâchement du sphincter.

L'examen rectoscopique, très gêné par les débâcles purulentes montre l'existence de nombreux polypes sessiles ou pédiculés, saignant et de volume variable.

L'examen radiologique donne la notion d'une polypose bipolaire : l'ampoule rectale, le sigmoïde d'une part, le cœcum et le cœco-ascendant d'autre part présentent un aspect marécageux, irrégulier, déchiqueté. Le lavement opaque marque un long temps d'arrêt au niveau du sigmoïde.

Les polypes sont formés essentiellement de tissu glandulaire. Ils sont constitués par des glandes hypertrophiées, bordées d'une seule assise de cellules régulières cylindriques. Leurs noyaux sont régulièrement alignés. Quelques-unes sont chargées de mucus.

L'état général de ce malade est très altéré. Il est pâle et amaigri. Ses chevilles sont le siège d'œdèmes persistant depuis qu'il est grabataire.

Un examen hématologique ne donne pas de modifications de la formule sanguine autres que celles liées à l'anémie du sujet : le taux des globules rouges ne s'élevant qu'à 2.900.000. La courbe de température oscille entre 37° et 38°.

Chez ce malade, sans lésions cliniques et radiologiques de l'appareil cardio-pulmonaire, existe une déformation hippocratique en baguette de tambour. Les ongles sont incurvés en verre de montre. Il n'y a pas de cyanose des

extrémités. On ne trouve pas d'autre altération du squelette et la radiographie des mains ne montre pas de lésions de la phalangette. Par ailleurs ce malade est un infantile. Devant la gravité de l'état général nous faisons pratiquer une fistule cœcale dans le but de faire des lavages intestinaux.

La mort survient 3 semaines après cette intervention.

Examen anatomique. — 1° Tube digestif, côlon : aux deux extrémités du gros intestin, sur une hauteur de 22 centimètres intéressant le cœcum et le côlon ascendant d'une part, le rectum et la fin du sigmoïde d'autre part, la paroi est tapissée de polypes, les uns isolés en massue, attachés par un pédicule cylindrique, les autres attachés en grappe à un pli transversal de la muqueuse qui paraît avoir été formée par la traction des polypes et de leurs pédicules.

Ces polypes sont rouge violacé. Les pédicules sont plus pâles que la muqueuse. Celle-ci décolorée dans son ensemble est macroscopiquement normale.

Les plus gros polypes sont de la taille d'une noix, les plus petits de celle d'un grain de blé. La longueur des pédicules n'est pas étroitement en rapport avec la taille des polypes, les pédicules cylindriques les plus longs atteignent jusqu'à 2 centimètres et 2 cm. 1/2. Le reste du tube digestif est parfaitement normal. Il n'y a de formation polypeuse ni sur le grêle, ni sur l'estomac, ni sur l'œsophage.

Dans les parties déclives de l'abdomen, existent quelques cuillerées de liquide.

2° Foie : 1 kgr. 250, jaune chamois, ferme mais d'aspect grasseux.

Cette dégénérescence grasseuse est confirmée par l'exa-

men des coupes. Elle ne s'accompagne point de sclérose.

3° Rate : 170 gr.

4° Pancréas : normal.

5° Reins : normaux.

6° Capsules surrénales : normales.

Le contenu de toute la cage thoracique ne montre point d'autre lésion qu'une adhérence limitée à la région axillaire de la plèvre viscérale à son feuillet pariétal. Cette adhérence se rompt très aisément. Les poumons ne sont nullement scléreux et ne présentent aucune lésion.

Corps thyroïde d'aspect normal.

Hypophyse : selle turcique normale.

Prélèvement de la glande qui est normale.

Des coupes pratiquées sur tous ces organes n'ont montré aucune altération en dehors des lésions intestinales et la dégénérescence hépatique.

OBSERVATION II.

Dro..., 29 ans. C'est à l'âge de 22 ans, en 1924 que l'affection débute par des hémorragies anales survenant à l'occasion de la défécation.

Le sang rouge et pur arrose les matières. Leur consistance se modifie ; elles sont diarrhéiques, parfois même mélangées de mucus. Bientôt elles se répètent 5 ou 6 fois par 24 heures.

En 1927, l'un de nous avec le Dr Brulé examine le malade : l'état général est encore relativement conservé, en dehors d'une déglobulisation non chiffrée mais notable, et d'une perte de poids. La rectoscopie montre de nombreux polypes tapissant la muqueuse, remontant au delà de

15 cm. Ces polypes sont de la taille d'une groseille ; deux d'entre eux, plus volumineux et plus fermes, situés à 13 et à 15 cm. de l'anus, firent l'objet d'une biopsie qui confirme leur nature exclusivement adénomateuse. Ils saignent au contact de l'instrument. La muqueuse intermédiaire est normale.

L'examen radiographique, après préparation du malade par le lavement opaque hydro-aérique, précise l'existence d'un processus polypeux qui atteint l'angle colique droit et peut-être même le côlon ascendant.

Le malade demandant un traitement qui puisse le soulager, on lui propose, sous toute réserve, de supprimer les polypes accessibles, à l'aide de l'électrocoagulation. En deux séances on détruit environ 80 polypes. Cette thérapeutique palliative amène une amélioration considérable de l'état général et fonctionnel. Mais bientôt les selles reprennent leur fréquence, 5 à 6 par 24 heures, diarrhéiques, parfois dysentériques, avec du mucus et du sang.

Nous revoyons M. D... au mois d'octobre 1931 et nous nous trouvons en présence d'un malade visiblement amaigri, 59 kgr. et très pâle aux muqueuses décolorées.

Par le travers de l'épine iliaque antéro-supérieure, on sent une tuméfaction ovoïde qui semble faire corps avec l'intestin.

Le toucher permet de sentir, sur la face antérieure de l'ampoule rectale, un petit polype.

La muqueuse a gardé ses caractères de mobilité et de souplesse.

Le rectoscope pénètre aisément jusqu'à 15 cm. On ne constate que quelques rares polypes. Il n'y a pas de suintement hémorragique, ni mucus, ni fausses membranes,

ni érosion. On pratique un examen radiographique par lavement opaque.

Le lavement marque un temps d'arrêt au niveau du sigmoïde qui est dilaté et forme des anses.

Le segment d'intestin sous-jacent se dilate de façon considérable sans que le lavement progresse, puis, au bout de 10 minutes la bouillie opaque donne l'impression de filtrer, et marque un nouvel arrêt sur le côlon transverse. La progression du lavement refoule de l'air qui injecte le cœcum et ce dernier apparaît tapissé de polypes. Pour continuer l'examen, on demande au malade d'évacuer le lavement ; cette évacuation commence, puis il faut attendre $3/4$ d'heure pour qu'elle soit suffisante. On injecte alors de l'air et l'intestin apparaît bourré de polypes.

Doigts hippocratiques. — On est frappé par l'aspect hippocratique des doigts du malade. Il existe une hypertrophie en baguette de tambour de la dernière phalange de tous les doigts. Les ongles sont incurvés et bombés, mais leur teinte est normale. La même tuméfaction existe au niveau des gros orteils ; il n'y a pas de tuméfaction des avant-bras ni des chevilles. Le squelette des phalanges et des autres segments de membre est normal, ce que confirme des radiographies.

Le malade raconte que cette déformation, qui l'a frappé ainsi que son entourage, est apparue depuis environ 6 mois. Il ne se plaint d'aucune douleur ostéo-articulaire.

L'examen des autres appareils est complètement négatif. En particulier l'examen clinique et radiologique de l'appareil cardio-pulmonaire.

Examen du sang :

Globules rouges	4.055.000
Globules blancs	7.200
Hémoglobine	90 %
Polynucléaires	73
Eosino	1,6
Lympho.....	2,30
Mono	17

OBSERVATION III.

M^{lle} L..., 31 ans, nous est adressée par le D^r Stainier, de Liège, avec le diagnostic de polypose. L'affection a débuté en 1927 par de la diarrhée.

Les selles étaient au nombre de 10 par 24 heures et sanglantes. Leur fréquence a persisté alors que les hémorragies s'arrêtent. Au bout de 2 ans et demi, devant l'insuccès des thérapeutiques employées, elle est envoyée au D^r Stainier, qui après avoir pratiqué une rectoscopie et découvert la polypose, nous conduit la malade.

A l'examen rectoscopique, on voit une ampoule rectale normale ; mais de 14 à 21 cm. il existe de nombreux petits polypes, dont la taille ne dépasse pas la grosseur d'une tête d'épingle. Ces polypes sont rosés, quelques-uns rouge vif, d'autres rouge foncé. Certains ressemblent à des nœvi vasculaires. La muqueuse est saine.

La biopsie montre un adénome mixte avec des cellules sombres et mucipares.

L'examen radiologique décèle des polypes remontant jusqu'à la terminaison du côlon descendant.

Examen du sang :

Globules rouges	3.830.000
Globules blancs	13.800
Poly	71 %
Eosino	0,8
Mono	24 %
Lympho.....	3
Tr.....	2 %

Il existe un hippocratisme digital très net en l'absence de tout signe pulmonaire. Des radiographies des doigts, du thorax ne montrent aucune image anormale.

L'état général est excellent.

**Polypose colique
avec hippocratisme des doigts.**

Par MM. BRULÉ et J.-A. LIÈVRE, *S. M. H.*, 22 janvier 1932.

OBSERVATION.

M... S., 34 ans, nous a consultés en novembre 1931 pour une diarrhée, accompagnée de douleurs abdominales datant de plus de dix années.

Depuis 1919, en effet, il présente une diarrhée pâteuse ou semi-liquide, jaune clair, parfois glaireuse, rarement sanglante ; il existe 7 à 8 selles par jour ; quelques périodes d'exacerbation ont été marquées par des selles très nombreuses et peu abondantes, avec ténésme. Depuis quelques mois seulement l'état général a décliné, le malade a pâli, maigri, perdu l'appétit, mais il n'a jamais eu de fièvre. La

diarrhée, qui n'a pas cessé depuis dix ans, est sans changement. Des vomissements alimentaires post-prandiaux sont apparus vers le mois d'avril dernier et se sont reproduits irrégulièrement ; enfin le sujet se plaint de fréquentes douleurs abdominales dans le flanc gauche.

Il s'agit d'un sujet très pâle et très maigre, presque cachectique ; les régions malléolaires sont le siège d'un œdème blanc et mou. L'abdomen est volumineux, ballonné, pâteux à la palpation, douloureux dans les fosses iliaques ; il n'y a pas d'ascite ; néanmoins c'est la péritonite tuberculeuse qu'évoque l'aspect du ventre et ce diagnostic avait été porté par le médecin traitant. Notre attention fut immédiatement attirée par un *hippocratisme* des *doigts manifeste* : ongles bombés, en verre de montre, épaissis ; 3^e phalange élargie de façon typique.

Les orteils présentent la même altération. Le malade ne peut préciser le moment d'apparition de ce symptôme, mais déclare qu'il est certainement ancien.

Connaissant les travaux de MM. Bensaude, Hillemand et Augier, nous émettons aussitôt l'hypothèse de polypose, que vient confirmer le toucher rectal : le rectum est encombré par de nombreux polypes, lisses, réguliers, de petit volume, les uns pédiculés, les autres sessiles. A la rectoscopie, s'observent des polypes, de surface unie ou mamelonnée, sans signe clinique de dégénérescence ; le contact du rectoscope détermine pourtant une légère hémorragie. Les polypes s'implantent surtout sur la face antérieure du rectum. Le rectoscope est arrêté vers 16 cm. par les masses polypeuses. Les radiographies montrent que la polypose s'étend à tout le côlon. Nous avons obtenu par le lavement opaque, les images caractéristiques de la polypose décrites par M. Bensaude par la première tech-

nique, les polypes forment d'innombrables images lacunaires parfaitement arrondies situées tantôt au milieu de l'ombre intestinale, tantôt à sa partie marginale; dans ce cas on voit la base d'implantation du polype sur la muqueuse. Par l'insufflation après lavement, on observe, dans le rectum, et dans l'anse sigmoïde, une image formée de bulles multiples, cernées d'un trait opaque, ces circonférences répondent aux contours des polypes.

Une biopsie a été pratiquée; il s'agit d'adénomes typiques de la muqueuse rectale sans signes de dégénérescence.

Notons que par ailleurs, la recherche des hémorragies occultes était positive. dans les selles et que l'examen hématologique montrait une anémie à 3.850.000 globules rouges avec légère leucocytose à 11.700 et formule leucocytaire normale, sans éosinophilie. Il n'existait aucun signe clinique, ni radiologique de tuberculose pulmonaire.

Nous avons recherché s'il existait en dehors de la polypose des causes de diarrhée et si quelque élément pouvait éclairer l'origine de la polypose.

L'examen répété des fèces n'a montré aucun parasite; mais nous devons signaler que la diarrhée apparut peu de temps après un séjour que notre malade fit dans une unité militaire; celle-ci comprenait des Nord-Africains dont plusieurs étaient atteints de diarrhée chronique.

Plus important, peut-être, est un antécédent familial : la mère du malade est morte du cancer du rectum. Comme l'on sait la fréquence avec laquelle la polypose colique évolue vers la dégénérescence épithéliomateuse et que l'on connaît, d'autre part, des observations de polypose familiale, il n'est pas invraisemblable de supposer qu'il s'agissait d'un cancer greffé sur une polypose.

Hippocratismes digital et amibiase intestinale

de MM. LEMIERE et LEVESQUE.

(S. M. H., janvier 1932).

OBSERVATION.

Z... Michel, âgé de 47 ans, employé au chemin de fer de l'Etat, entre le 29 juin 1922 à l'hôpital Andral pour un syndrome dysentérique dont le début remonte à plusieurs années et qui évolue par poussées. Pendant la guerre, en mai 1916, le malade qui était alors convoyeur de troupes est pris un jour brusquement de coliques intenses, de malaises avec sensation d'asthénie et de troubles importants de la défécation ; il présente en effet 20 à 30 selles par jour, contenant peu ou pas de matières, parfois mousseuses, striées de sang, ou de coloration abricot, mais jamais franchement sanglantes. Il présente en même temps du ténesme et des épreintes et une sensation de soif intense. On se borne alors à une thérapeutique bismuthique avec un régime alimentaire, qui ne donnent aucun résultat immédiat. Après huit jours, les symptômes s'amendent, les douleurs sont moins vives, les selles diminuent de fréquence, redeviennent fécales et ne présentent plus trace de sang. Malgré tout, pendant 15 jours encore le syndrome dysentérique persiste, quoique atténué et le malade est considéré comme convalescent pendant 2 mois. Par la suite il présente 2 à 3 selles par jour, pâteuses, mêlées de mucus, augmentant jusqu'au nombre de 5 à 6 sous l'influence du moindre écart de régime ; et après le repas il ressent toujours une impression de plénitude abdominale, de petites coliques, des

envies impérieuses d'aller à la selle. En mai 1917, une nouvelle crise, en tous points semblable à la première, survient et est traitée de la même façon.

Depuis, tous les ans à la même époque, c'est-à-dire aux mois d'avril et mai le malade présente une crise de dysenterie analogue ; avec des selles sans matières sanglantes, et des douleurs abdominales très violentes. Cette crise se calme au bout d'un ou deux mois et les selles retombent au nombre de 3 ou 4 par jour. Néanmoins l'état général n'est pas trop altéré. C'est au mois d'avril 1922 qu'à l'occasion d'une nouvelle crise un médecin entreprend un traitement par l'émétine. 2 centigr. d'émétine quotidiens sont injectés pendant 18 jours. Ces 36 centigr. ont amené une amélioration nette, le nombre des selles tombe au nombre de 3 à 5 comme entre les crises.

Les douleurs diminuent, il reste seulement un peu de pesanteur dans les fosses iliaques. C'est dans ces conditions que le malade arrive à l'hôpital Andral.

Le 30 juin, lendemain de son entrée, on se trouve en présence d'un homme apyrétique, euphorique, mais considérablement amaigri, avec un œdème blanc et mou, prenant le godet aux 2 membres inférieurs. Au premier coup d'œil on est frappé par la *déformation des doigts et des orteils en baguette de tambour*. Le malade pense avoir toujours présenté une telle déformation, mais il n'en est pas absolument sûr. L'appétit est conservé, la langue normale : les selles sont au nombre de 3 à 4 par jour ; elles contiennent peu de matières, mais beaucoup de mucus et des stries sanglantes. En outre l'examen microscopique y révèle la présence d'amibes. Cet examen, renouvelé dans la suite, s'est montré une deuxième fois positif. L'abdomen est normal, la fosse iliaque gauche un peu douloureuse.

Le foie paraît déborder le rebord des fausses côtes, d'un à deux travers de doigt.

La rate est normale.

Au toucher rectal on perçoit de petites nodosités pas très dures de la paroi. Ces douleurs rectales firent pratiquer une rectoscopie. L'examen du cœur, des poumons, l'analyse des urines ne montrent rien d'anormal. La T. A. est à 16-9. Le malade pèse 45 kgr. 200 à son entrée. Il est mis alors à un traitement émétino-arsenical. Il reçoit 8 centigr. par jour d'émétine intramusculaire du 1^{er} au 6 juillet. Il reçoit en outre une injection intraveineuse de 15 centigr. de novarsénobenzol le 3 juillet, de 30 centigr. le 10, de 45 centigr. le 16, de 60 centigr. les 22 et 27 juillet.

L'état général s'améliore considérablement. Le nombre des selles reste de 2 à 4 par jour. Le poids augmente rapidement et régulièrement pour atteindre 49 kgr. 700 le 5 août. Enfin la recherche des amibes et des kystes les 23 et 30 juillet est négative. A partir du 30 juillet, les selles ne sont que plus de une par jour et le malade sort de l'hôpital. Il continue pourtant son traitement par le novarsénobenzol. Pendant les mois qui suivent sa sortie de l'hôpital, l'état général continue à être bon. Mais il conserve un syndrome dysentérique atténué avec 3 ou 4 selles par jour, mélangées de mucus et de sang. Il a parfois un peu d'incontinence des matières et souvent aussi une sensation de brûlure à l'anus, exagérée par la défécation. Très souvent aussi la situation assise est douloureuse.

En mai 1923, il présente une nouvelle crise dysentérique. Il entre de nouveau à l'hôpital Andral le 5 juillet 1923.

A l'examen on remarque de nouveau *la déformation des doigts* dont la dernière phalange est élargie en spatule aplatie, l'ongle est élargi. Les doigts sont des baguettes

de tambour. La déformation est encore plus considérable au niveau des orteils. Par ailleurs le malade a gardé un bon appétit. Il n'a pas actuellement de crise dysentérique. Les selles au nombre de 3 ou 4 par jour, ne contiennent pas d'amibes et ne s'accompagnent d'aucune douleur abdominale. L'abdomen est tendu, un peu météorisé, mais non douloureux. Par contre, le malade accuse des douleurs rectales et l'examen de la région anale permet de voir au pourtour de l'anus des bourgeons saillants et rouges, douloureux à la palpation. Le toucher rectal décèle un bourrelet saillant, presque annulaire, dur, surtout marqué à la partie postérieure du rectum, présentant des papilles également dures.

Le foie est un peu ptosé, palpable, de consistance normale, non douloureuse. Le cœur, l'appareil respiratoire, le système nerveux, l'examen de l'appareil urinaire et des urines n'offre rien à signaler. Le malade reste dans le service du 5 au 26 juillet 1923 sans modifications de son état. Il sort le 26 juillet. On apprend par la suite qu'il est est mort chez lui au mois d'août 1923.

**Rétrécissement inflammatoire du rectum.
Hippocratisme digital et rhumatisme infectieux**

Par MM. MOULONGUET et SALOMON, *Presse médicale*, n° 66,
1932.

OBSERVATION I.

M^{me} G..., 29 ans, entre à l'hôpital Tenon dans le service du D^r Gernez pour douleurs abdominales, constipation intense et vomissements.

Le début de ces troubles remonte à environ 2 ans, marqué par de légères épreintes, des périodes de constipation de 2 à 3 jours terminées par des débâcles toujours très douloureuses. Les troubles augmentent progressivement, les périodes de constipation durent jusqu'à 10 jours, pendant lesquels la malade présente du ténesme avec évacuation de pus et de sang l'obligeant à se garnir constamment, une débâcle, toujours horriblement douloureuse survient ensuite avec évacuation de selles aplaties et rubannées ; les temps derniers des vomissements apparaissent. Dans ses antécédents, on relève, il y a 5 ans, un abcès de la région péri-anale qui fut incisé et laissa une fistule extra-sphinctérienne. Il y a 1 an est apparue une arthrite du genou gauche très douloureuse à début brusque avec fièvre à 39° et hydarthrose volumineuse malgré l'absence de tout traitement ; cette arthrite a guéri sans laisser de séquelles mais depuis lors, à plusieurs reprises, de nouveaux phénomènes fluxionnaires sont apparus à ce même genou gauche, sans que jamais les autres articulations aient été touchées. A l'examen, il existe une très large fistule anale et des condylomes péri-anaux.

La région péri-anale est très déformée, l'orifice vulvaire béant, la paroi vaginale postérieure étant attirée en arrière est fixée à la paroi antérieure du rectum. Le toucher rectal fait trouver à 1 cm. 1/2 un rétrécissement annulaire très serré, infranchissable, la muqueuse sous-jacente est granuleuse, et manque de souplesse. L'état général est médiocre, la température subfébrile. Les examens cliniques et radiologiques de l'appareil cardio-pulmonaire sont négatifs. Le genou gauche siège des poussées fluxionnaires est actuellement normal. *Il existe un hippocratisme des doigts très marqué*, il est également très net au niveau des orteils ;

cet hippocratisme, observé par la malade elle-même s'est lentement constitué durant ces derniers mois, la radio a montré, des phalanges normales. Au point de vue antécédent, il faut noter que le Wassermann est négatif, nous n'avons malheureusement pas pu faire l'intra-dermo-réaction de Frei.

OBSERVATION II.

M^{me} B... a été atteinte il y a 5 ans d'une arthrite du coude droit qui a duré 2 ans, en même temps que commençaient des phénomènes d'entérite qui durent depuis.

Il y a un an, est apparue une arthrite du genou droit accompagnée de température à 39°, cette arthrite, a duré plusieurs mois et n'a pas cédé à un traitement salicylé. Récemment le rhumatisme est apparu au cou-de-pied gauche et à l'articulation méta-phalangienne du gros orteil gauche. Etat général médiocre, la température irrégulière atteint fréquemment 38°5 le soir. Les phénomènes d'entérite avec lientérie post-prandiale persistent.

Le Dr Mouzon découvre à l'examen un rétrécissement du rectum.

Il s'agit en effet d'une rectite inflammatoire et sténosante située à 3 cm. de l'anus, perméable au doigt, et s'étendant sur une hauteur de 5 cm. Il y a un gros condylome à la commissure postérieure du rectum. A la rectoscopie la muqueuse rectale est proliférante et légèrement érosive au niveau du rétrécissement, au-dessus de lui existe une dilatation recto-sigmoïdienne extrêmement infectée, avec des dépôts purulents et un aspect grisâtre de la muqueuse. Une radiographie après lavement baryté montre qu'il n'y a pas d'autre rétrécissement colique.

L'appareil génital est normal, cette femme n'a jamais eu de perte et rien ne permet de penser à une infection blennorragique. Il existe au niveau du genou droit une hydarthrose de faible volume avec un léger épaissement de la synoviale, atrophie minime du quadriceps crural, mais pas de ganglions inguinaux.

Cet épanchement articulaire est fugace et, à des examens ultérieurs le genou apparaît absolument normal. *Aux doigts existe un hippocratisme très net.*

Il n'y a pas d'antécédents de tuberculose et la radiographie pulmonaire est normale, la réaction de Wassermann est négative. La réaction de Verne à la résorcine est à 55, la réaction de Frei n'a pu être pratiquée. Une biopsie de la rectite proliférante montre une hyperplasie pavimenteuse de l'épithélium et une inflammation considérable du stroma comportant au milieu d'éléments divers, quelques cellules géantes. Il n'a pas été possible de mettre en évidence de bacilles de Koch dans ces cellules.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

En lisant ces observations nous remarquons que l'hippocratisme digital reste comme un signe secondaire qui peut se rencontrer en dehors des affections cardio-pulmonaires et particulièrement dans les affections intestinales.

Il a été vu dans la polypose, dans l'amibiase et dans le rétrécissement du rectum; il est possible que l'on puisse le voir dans d'autres affections intestinales. Mais les cas ne se sont pas encore présentés.

Nous voulons seulement rappeler dans ce chapitre l'observation du D^r Brulé qui, en l'absence de lésions cardio-pulmonaires et ayant à l'esprit les observations précédentes, a fait pratiquer une rectoscopie. Celle-ci a révélé une polypose intestinale.

PATHOGÉNIE

Si les observations nouvelles élargissent le cadre séméiologique du doigt hippocratique, en échange elles rendent le problème pathogénique plus difficile.

Les théories pathogéniques sont nombreuses, chaque auteur soutient la sienne en se basant sur les cas cliniques.

D'abord Pigeaux considère la déformation comme liée à un trouble de l'hématose locale, ensuite le même auteur émet aussi la théorie de l'œdème local.

Plus tard, P. Marie insiste sur la théorie infectieuse qui pourrait s'appliquer dans l'ostéopathie hypertrophiante pneumique.

A la théorie infectieuse, Bezançon, en 1904, oppose la théorie mécanique qui lie la déformation à un trouble circulatoire.

A ces théories s'ajoutent d'autres, nous citons par exemple :

une théorie nerveuse et la théorie de l'hypotension artérielle de Roncato.

Toutes ces théories ont été émises par rapport aux facteurs étiologiques jusqu'ici connus, c'est-à-dire les affections pulmonaires, cardiaques et vasculaires.

Il est difficile de rapporter une de ces théories dans

les cas d'hippocratisme digital au cours des affections intestinales.

Cependant, M. Lemierre rapproche les écoulements muco-purulents coliques des suppurations bronchiques.

MM. Bensaude et Hillemand, en partant de l'observation dans laquelle le malade présente avec l'hippocratisme digital un aspect infantile, émettent une nouvelle hypothèse.

Ils croient à un trouble de la nutrition générale sous la dépendance des perturbations, de l'absorption et du transit intestinal, trouble qui peut jouer un rôle dans le trophisme de l'individu.

Campbell fournit une autre hypothèse. La présence dans les hématies de méthémoglobine et sulfo-hémoglobine provenant des fermentations intestinales réduirait le volume d'oxygène véhiculé par le sang et l'hippocratisme d'origine intestinale s'expliquerait par une oxygénation insuffisante des tissus des extrémités.

Campbell revient ainsi à une théorie ancienne.

En résumé, la pathogénie de la déformation hippocratique reste encore complexe.

CONCLUSION

I. — L'hippocratisme digital et l'ostéopathie hypertrophiante pneumique sont 2 déformations distinctes ;

II. — La déformation hippocratique peut être observée aussi bien dans les affections intestinales que dans les affections cardio-pulmonaires.

III. — Mais les nouveaux facteurs étiologiques n'éclairent pas encore d'une façon définitive la pathogénie de la déformation.

Vu : le Président de la thèse,

A. LEMIERRE.

Vu : le Doyen de la Faculté,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BEZANÇON. — *Archives de Médecine*, 1904.
BÉCLÈRE. — *Soc. méd. Hôp.*, juillet 1901.
BORIES. — *Thèse Bordeaux*, 1931.
CAMPBELL. — *Britisch medic. Journ.*, janvier 1924.
GILBERT-FOURNIER. — *Rev. mens. des maladies d'enfance*, 1895.
MARIE (P.). — *Rev. de Méd.*, 1890.
PIGEAUX. — *Archiv. génér. de Médecine*, 1822.
RONCATO. — Contrib. alla conoscenza et alla genesi delle dita ippocratiche. *Reforma medica*, 1927.
TROUSSEAU. — *Journ. méd. chirur.*, 1834.
VERNOIS. — *Archives génér. de Médecine*, 1839.
WEBER. — *Brit. medic. Journ.* London, 1919.
-

